

FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

ANNÉE 1923

THÈSE

N°

5

POUR

LE DOCTORAT EN MÉDECINE

PAR

Yovan JIVKOVITCH

Né à Belgrade (Serbie), le 10 décembre 1893

CONTRIBUTION A L'ÉTUDE

DES

TROUBLES INTESTINAUX

DANS LA

MALADIE DE BASEDOW

Président : M. ROGER, Professeur

PARIS

IMPRIMERIE DE LA FACULTÉ DE MÉDECINE
JOUVE & C^{ie}, ÉDITEURS

15, RUE RACINE, 15

1923



THE

LIBRARY OF THE

YOUNG LIBRARY

LIBRARY OF THE

LIBRARY OF THE

LIBRARY OF THE

LIBRARY OF THE

LIBRARY OF THE

LIBRARY OF THE

LIBRARY OF THE

LIBRARY OF THE

1923

4

THÈSE
POUR
LE DOCTORAT EN MÉDECINE



Digitized by the Internet Archive
in 2026

FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

ANNÉE 1923

THÈSE

N° —

POUR

LE DOCTORAT EN MÉDECINE

PAR

Yovan JIVKOVITCH

Né à Belgrade (Serbie), le 10 décembre 1895

CONTRIBUTION A L'ÉTUDE

DES

TROUBLES INTESTINAUX

DANS LA

MALADIE DE BASEDOW

Président : M. ROGER, Professeur

PARIS

IMPRIMERIE DE LA FACULTÉ DE MÉDECINE

JOUVE & C^{ie}, ÉDITEURS

15, RUE RACINE, 15

—
1923

FACULTE DE MÉDECINE DE PARIS

LE DOYEN : M. ROGER
ASSESEUR : G. POUCHET
PROFESSEURS

	MM
Anatomie.	NICOLAS
Anatomie médico-chirurgicale	CUNEO
Physiologie.	CH. RICHEL
Physique médicale	ANDRÉ BROCA
Chimie organique et Chimie générale	DESGREZ
Bactériologie	BEZANCON
Parasitologie et Histoire naturelle médicale	BRUMPT
Pathologie et Thérapeutique générales.	MARCEL LABBE
Pathologie médicale	N...
Pathologie chirurgicale.	LECENE
Anatomie pathologique.	LETULLE
Histologie	PRENANT
Pharmacologie et matière médicale	RICHAUD
Thérapeutique	CARNOT
Hygiène.	BERNARD
Médecine légale.	BALTHAZARD
Histoire de la médecine et de la chirurgie	MENETRIER
Pathologie expérimentale et comparée.	ROGER
	ACHARD
Clinique médicale	WIDAL
	GILBERT
	CHAUFFARD
	MARFAN
	NOBECOURT
Hygiène et clinique de la 1 ^{re} enfance	CLAUDE
Clinique des maladies des enfants.	JEANSELME
Clinique des maladies mentales et des maladies de l'encéphale.	PIERRE MARIE
Clinique des maladies cutanées et syphilitiques.	TEISSIER
Clinique des maladies du système nerveux.	DELBET
Clinique des maladies contagieuses	LEJARS
Clinique chirurgicale	HARTMANN
	GOSSET
Clinique ophthalmologique	DE LAPERSONNE
Clinique des maladies des voies urinaires.	LEGUEU
Clinique d'accouchements	BRINDEAU
	COUVELAIRE
	JEANNIN
Clinique gynécologique.	J.-L. FAURE
Clinique chirurgicale infantile	AUGUSTE BROCA
Clinique thérapeutique.	VAQUEZ
Clinique d'Oto-rhino-laryngologie.	SEBILEAU
Clinique thérapeutique chirurgicale	PIERRE DUVAL
Clinique propédeutique.	SERGENT

AGRÉGÉS EN EXERCICE

MM.			
ABRAMI	DUVOIR	LE LORIER	RETTERRER
ALGLAVE	FIESSINGER	LEMIERRE	RIBIERRE
BASSET	GARNIER	LEQUEUX	ROUSSY
BAUDOIN	GOUGEROT	LEREBoullet	ROUVIERE
BLANCHETIERE	GREGOIRE	LERI	SCHWARTZ(A.)
BRANCA	GUENOT	LEVY-SOLAL	STROHL
CAMUS	GUILLAIN	MATHIEU	TANON
CHAMPY	HEITZ-BOYER	METZGER	TERRIEN
CHEVASSU	JOYEUX	MOCQUOT	TIFFENEAU
CHIRAY	LABBE HENRI	MULON	VILLARET
CLERC	LAIGNEL-LAVASTINE	OKINCZYC	
DEBRE	LANGLOIS	PHILIBERT	
DESMAREST	LARDENNOIS	RATHERY	

Par délibération en date du 9 décembre 1798, l'École a arrêté que les opinions émises dans les dissertations qui lui seront présentées, doivent être considérées comme propres à leurs auteurs, et qu'elle n'entend leur donner aucune approbation ni improbation



A MES PARENTS

A MON PRÉSIDENT DE THÈSE

Monsieur le Professeur ROGER

Doyen de la Faculté de Médecine de Paris

*En signe de notre respectueuse
reconnaissance.*

A MON MAITRE

Monsieur le Docteur MILIAN

Médecin de l'Hôpital Saint-Louis

A MON MAITRE

Monsieur le Professeur agrégé LEQUEUX

A MES MAITRES DANS LES HOPITAUX

A MON MAITRE

Monsieur le Professeur agrégé GARNIER

Médecin de l'Hôpital Lariboisière

CONTRIBUTION A L'ÉTUDE DES
TROUBLES INTESTINAUX
DANS LA
MALADIE DE BASEDOW

INTRODUCTION ET HISTORIQUE

En mai de cette année entra dans le service de notre maître M. le professeur agrégé Garnier une femme très affaiblie, présentant un syndrome basedowien marqué, avec une diarrhée profuse (30 selles par jour); elle était dans un état grave. Quelques mois plus tard, une autre malade atteinte de basedowisme est venue dans le même service pour fatigue. Elle présentait aussi de la diarrhée, mais sans gravité se manifestant par quelques selles d'apparence habituelle.

A l'occasion de ces deux malades, M. Garnier nous proposa de prendre comme sujet de notre thèse, l'étude des troubles intestinaux dans la maladie de Basedow.

Toutes les recherches que nous avons faites sur ces deux malades étaient dirigées par notre maître M. Garnier à qui nous devons nos premières notions

de pathologie. Nous le prions de croire à notre reconnaissance sincère et profonde.

Nous remercions aussi M. Prieur, interne du service de M. Garnier, qui nous a donné de précieux conseils.

Le sujet que notre maître M. Garnier nous proposait pour notre thèse présentait l'intérêt particulier d'avoir été jusqu'ici relativement peu étudié. C'est du moins l'impression, que nous avons retirée de la lecture des divers travaux faits jusqu'à ce jour sur cette question et que nous résumerons ci-dessous.

Tout d'abord la clinique enregistre simplement la diarrhée au cours de la maladie de Basedow (avant l'année 1881, Roesmer, Mackensie et Eger, et en 1881, Merklen, un cas grave de maladie de Basedow avec diarrhée) sans voir de relation étroite entre cette affection et le symptôme diarrhée.

Puis cliniquement on incorpore la diarrhée parmi les symptômes de la maladie de Basedow. Dans sa thèse sur les formes frustes de la maladie de Basedow en 1883, P. Marie signale plusieurs cas de maladie de Basedow, dont les débuts étaient marqués par tremblement et diarrhée.

En 1907, le premier travail synthétique sur les troubles gastro-intestinaux de la maladie de Basedow fut fait par R. Gaultier.

Enfin, en 1911, la physiologie avec Marbé vient confirmer avec éclat la légitimité des soupçons des cliniciens quant à l'étiologie thyroïdienne de

la diarrhée au cours de la maladie de Basedow.

Curschmann et Kolbe, par l'intervention chirurgicale, montrèrent la relation étroite qui lie la glande thyroïde et la diarrhée.

Dans ces derniers temps les travaux de Hernando Grote méritent de retenir l'attention.

PLAN DU TRAVAIL

CHAPITRE PREMIER. — Caractères de la diarrhée basedowienne.

CHAPITRE II. — 1) A quel moment de la maladie de Basedow apparaît cette diarrhée.

2) A-t-elle une signification au point de vue du pronostic.

3) Quelle est sa fréquence au cours de la maladie de Basedow.

CHAPITRE III. — Pathogénie de la diarrhée basedowienne.

CHAPITRE IV. — Coexistence des troubles intestinaux d'origine thyroïdienne avec recto-côlite chronique.

CHAPITRE V. — Diagnostic.

CHAPITRE VI. — Traitement.

CHAPITRE VII. — Observations.

CHAPITRE VIII. — Conclusions.

CHAPITRE PREMIER

Caractères de la diarrhée basedowienne

La diarrhée basedowienne est caractérisée :

1° Cliniquement par :

a) La fréquence des selles (5-15 par jour) liquides de couleur jaune clair ou verdâtre. Ces selles sont d'abondance variable.

b) Sa durée qui peut varier de quelques heures à quinze jours ou davantage.

c) Son allure paroxystique, brusque dans l'apparition et la disparition, généralement sans colique.

Dans le cas où les selles sont extrêmement fréquentes, elles peuvent provoquer un prurit anal.

d) Le caractère matinal des selles, survenant au réveil du malade ; celles-ci peuvent être observées quelquefois après le repas.

e) Absence de sang et de pus dans les selles.

f) L'examen des malades qui accusent parfois une douleur abdominale vague, soit une douleur à la pression au niveau du côlon transverse.

2° Coprologiquement par :

a) *Augmentation de déchets alimentaires non transformés.* — Une sorte de lienterie constituée par des sécrétions intestinales fluides, au milieu de laquelle on trouve parfaitement reconnaissables les aliments ingérés quelques heures auparavant.

A l'examen microscopique on remarque la présence d'assez nombreuses fibres musculaires striées nonattaquées, globules de graisse en grande quantité et peu de cellules d'amidon.

b) *Augmentation de la quantité d'eau dans les matières fécales.*

c) *Le raccourcissement de la traversée digestive.* — Notre observation (n° 2) nous semble à ce sujet assez instructive en ce sens, qu'elle montre qu'il n'est pas toujours indifférent d'employer indistinctement telle ou telle méthode pour apprécier la durée de la traversée digestive. En effet, nous avons recherché sur notre malade et à courts intervalles la durée de la traversée digestive par trois méthodes différentes (savoir : 1° radioscopie après ingestion de sulfate de baryte ; 2° poudre de charbon ; 3° carmin). Notons que, objectivement, durant la période pendant laquelle ont été faites ces différentes expériences, le fonctionnement du tube digestif n'a pas subi de modifications. Or, la radioscopie après l'ingestion de sulfate de baryte a montré que la durée de la traversée digestive était normale dans l'intestin grêle comme dans le gros intestin (durée totale de traversée digestive : 20 heures), alors que la poudre de charbon a été éliminée au bout six ou huit heures et le carmin au bout de huit heures.

Des deux dernières épreuves, on pouvait conclure, malgré la traversée digestive normale d'après la radioscopie, à un raccourcissement de la traversée digestive. Cette conclusion a été confirmée par

la présence dans les selles d'aliments ingérés quelques heures auparavant et non digérés.

A côté de cette forme de diarrhée basedowienne dont nous avons énuméré ci-dessus les caractères que l'on observe dans la plupart des cas, il nous a été donné dans le service de notre maître, M. Garnier d'étudier un cas un peu spécial et qui fait l'objet de notre observation (n° 1).

Il s'agit là d'une basedowienne atteinte depuis quatre mois d'une diarrhée continue caractérisée par 2-3 selles plus ou moins formées par jour, de couleur jaune gris.

L'examen coprologique nous a montré que :

a) La quantité d'eau dans les matières fécales est augmentée (nous avons trouvé par la méthode des pesées 14 o/o de matières sèches).

b) Les déchets alimentaires non transformés n'étaient pas augmentés. En effet, nous avons trouvé sur la préparation sans coloration sous microscope peu de fibres musculaires non attaquées ; après coloration de la préparation par la solution de Lugol quelques cellules rondes d'amidon et après coloration par la solution Soudan III peu de globules de graisse.

c) La *traversée digestive est normale*. Nous avons recherché par deux fois à intervalles rapprochés la durée de la traversée digestive, une fois par poudre de charbon et une autre fois par sulfate de baryte aux rayons X.

Les résultats obtenus par deux méthodes furent

exactement superposables et montrèrent une traversée digestive normale en durée (21 heures pour éliminer le charbon et 11 heures pour que le sulfate de baryte atteigne l'angle côlique gauche). Ce fait constitue l'exception formelle à la règle qui veut, que dans la diarrhée la traversée digestive soit raccourcie.

Nous avons relevé dans la littérature 3 observations de Falta, dont une (obs. XII) est exactement superposable à la nôtre.

Les deux autres n'en diffèrent que par la présence dans les selles d'une quantité anormale de graisse (obs. XIII et XIV).

CHAPITRE II

Nous avons exposé dans le chapitre précédent les caractères de la diarrhée basedowienne. Dans ce chapitre nous étudierons :

I. — A quel moment de la maladie de Basedow apparaît cette diarrhée ?

II. — Si elle a une signification au point de vue du pronostic ?

III. — Quelle est sa fréquence au cours de la maladie de Basedow ?

I. — A quel moment de la maladie de Basedow apparaît cette diarrhée ?

Il est classique de considérer, d'après Gaultier, cette diarrhée basedowienne suivant le moment auquel elle apparaît, comme symptôme précoce d'une

maladie de Basédow fruste, symptôme contemporain ou enfin terminal de la maladie de Basedow. A l'appui de la diarrhée, symptôme terminal de la maladie de Basedow, on cite généralement le cas de Merklen que nous avons trouvé dans la *France médicale* de 1881, qui relate la diarrhée comme symptôme satellite de la maladie de Basedow et non comme terminal.

Par conséquent nous étudierons la diarrhée basedowienne comme :

1° Symptôme précoce d'une maladie de Basedow fruste ;

2° Symptôme contemporain de la maladie de Basedow.

1° A l'appui de l'identification de la diarrhée, symptôme précoce d'une maladie de Basedow, nous nous permettrons de rapporter les faits cliniques, qu'on peut diviser en deux groupes :

a) Diarrhée coexistant avec hypertrophie du corps thyroïde (à l'exclusion de tous autres symptômes cardinaux de basedowisme) et cessant après thyroïdectomie partielle (obs. IV et V).

b) Une autre catégorie de faits dans lesquels la diarrhée apparaît comme symptôme précoce avec troubles dyspeptiques, d'une maladie de Basedow fruste suivie des autres symptômes cardinaux de la maladie (obs. VII, VIII, IX, X et XI).

Sans doute le premier groupe de faits prête à critique en ce sens que, maladie de Basedow et hypertrophie du corps thyroïde ne sont pas universellement

confondus. Cependant nous croyons que l'opinion de nombreux auteurs et particulièrement celle de M. le professeur Achard : « qu'il n'y a pas lieu d'opposer les uns aux autres les simples goitres basedowifiés et la vraie maladie de Basedow », nous permettait de grouper ces faits sous le même chapitre.

2° *Diarrhée, symptôme satellite de la maladie de Basedow*. — Nous nous permettrons de citer les observations I, XII, XIII, XIV, XV et 10 observations de la thèse de P. Marie.

II. — Quelle est la signification au point de vue pronostic de la diarrhée basedowienne

Si la diarrhée basedowienne se manifeste par 3 et 4 selles par jour, sans perte d'appétit, elle n'affaiblit pas le malade qui supporte bien sa diarrhée (cas de Kolbe, obs. V dont le malade a présenté pendant 15 ans la diarrhée et notre cas obs. I).

Dans certains cas, la diarrhée d'allure paroxystique de longue durée peut devenir la cause d'un amaigrissement marqué du malade dont le métabolisme basal est déjà exagéré.

Exceptionnellement elle peut présenter une gravité sévère en provoquant un amaigrissement rapide et une perte de forces et exiger la thyroïdectomie partielle (obs. IV).

En somme, une diarrhée qui apparaît au cours de la maladie de Basedow n'est pas un indice de gravité et n'assombrit nullement le pronostic de la

maladie de Basedow, mais peut être rebelle au traitement.

III. — Quelle est la fréquence de la diarrhée au cours de la maladie de Basedow

La fréquence de la diarrhée au cours de la maladie de Basedow diffère suivant les auteurs, les pays et les époques.

P. Marie dans sa thèse, sur 15 cas frustes de la maladie de Basedow a observé douze fois la diarrhée.

Sattler estime à 30 o/o des cas la diarrhée au cours de la maladie de Basedow.

Maranon donne comme chiffre 35 o/o.

Roberst, sur 74 cas de la diarrhée chronique qu'il a examiné, a trouvé dans 9 cas de l'hyperthyroïdie.

Cabot, sur 354 malades avec diarrhée chronique en a trouvé 25 atteints du syndrome basedowien.

Hernando, sur 149 cas de diarrhée chronique, a trouvé dix-huit fois de l'hyperthyroïdie.

Kottmann a trouvé huit fois de la diarrhée parmi 36 cas de maladie de Basedow.

Sur 10 malades atteintes de la maladie de Basedow que nous avons vues à la consultation de M. le Dr Sainton, une seulement a présenté au cours de sa maladie la diarrhée basedowienne. M. Sainton estime d'ailleurs à 10 o/o la fréquence de la diarrhée au cours de la maladie de Basedow.

Parmi les nombreuses basedowiennes que nous avons observé dans différents hôpitaux de Paris, il

nous a été donné rarement de constater la diarrhée.

On peut évaluer à 15 o/o la proportion moyenne de diarrhée au cours de la maladie de Basedow.

CHAPITRE III

Pathogénie de la diarrhée basedowienne

Ainsi que nous l'avons vu dans les chapitres précédents, la diarrhée de la maladie de Basedow a pour caractère d'être paroxystique, sans cause et objectivement, nulle lésion ne semble justifier l'apparition de cette diarrhée. En effet chez les malades que nous avons interrogées, comme chez celles qui plus particulièrement font l'objet de nos observations (exception faite pour deux cas décrits dans un chapitre spécial), nous n'avons trouvé à incriminer nulle intoxication alimentaire ou médicamenteuse, pas plus qu'aucune lésion intestinale cliniquement décelable.

Les rapports physio-pathologiques qui unissent les glandes à sécrétion interne aux autres parties de l'organisme et dont les recherches récentes affirment chaque jour l'importance croissante, permettaient à eux seuls d'admettre la possibilité d'une relation entre les glandes à sécrétion endocriniennes et le système gastro-intestinal.

Les observations IV et V de Curschmann et Kolbe

et la statistique opératoire de Meyer (4 cas de diarrhée de la maladie de Basedow confirmée cessant au lendemain de la thyroïdectomie partielle) semblent établir avec évidence les relations entre ces troubles intestinaux et ceux de la glande thyroïde.

I. — Nous voulons rapidement passer en revue quelques théories à propos du syndrome basedowien, exposant simplement celles qui nous intéressent spécialement et qui faciliteront la compréhension du mécanisme de la diarrhée basedowienne.

Ecrire d'une manière éclectique la pathogénie de la maladie de Basedow n'est pas possible à l'heure actuelle à cause de l'instabilité des notions que nous possédons.

Le nombre des opinions émises à ce sujet démontre d'ailleurs leur insuffisance individuelle, aussi voulons-nous dégager simplement de toutes ces théories une notion primordiale empruntée à Biedl : « La glande thyroïde est le point central de la pathogénie du syndrome basedowien.

On peut diviser en trois groupes les théories de la pathogénie du syndrome basedowien :

- 1° Théories nerveuses ;
- 2° Théories glandulaires ;
- 3° Théories pluri-glandulaires.

1° *Théories nerveuses.* — a) D'après Abadie, c'est la lésion du sympathique cervical qui produit : exophtalmie, tachycardie, puis par ses filets vasodilatateurs, hypersécrétion thyroïdienne, déterminant

par son action toxique : tremblement, diarrhée et amaigrissement.

Mais cette théorie à notre avis n'expliquerait pas les cas où le tremblement et la diarrhée sont les premiers symptômes de la maladie de Basedow.

b) C'est la lésion bulbaire qui produit le syndrome basedowien.

Et enfin certains auteurs incriminent le système nerveux central de provoquer la maladie de Basedow.

2° Les théories glandulaires qui nous intéressent particulièrement sont divisées en :

1° Hypersécrétion de la glande thyroïde ;

2° Dysfonctionnement de la glande thyroïde ;

3° Hyperdysfonctionnement de la glande thyroïde.

A ce propos, nous reproduisons ce passage de Biedl : « la maladie de Basedow est constituée par une inondation du corps par la sécrétion thyroïdienne, qui a une action élective sur l'excitabilité du système végétatif (soit sa partie sympathique, soit parasympathique). De plus, cette hypersécrétion thyroïdienne peut modifier l'activité des glandes à sécrétion interne, qui sont en rapport synergique avec la glande thyroïde — thymus, hypophyse, ovaire et surrénale. »

Dans l'état actuel des choses, nous ne pouvons pas dire si la cause de cette hyperactivité est dans la glande elle-même ou en dehors d'elle.

M. le professeur Gley est d'avis contraire. Pour lui il y a fonctionnement vicieux de la glande thy

roïde, qui entraîne l'accumulation dans le sang des substances toxiques normalement détruites par la glande thyroïde.

Enfin, dans ces derniers temps, on admet à la fois hyperfonctionnement et dysfonctionnement de la glande thyroïde.

3° Théorie pluri-glandulaire qui s'appuie sur l'équilibre endocrinien.

II. *Physio-pathologie de la diarrhée.* — La diarrhée est provoquée d'après Ch. Roux par deux facteurs : 1° hypersécrétion du liquide intestinal ; 2° excès de péristaltisme.

Cette hypersécrétion et l'excès de péristaltisme peuvent être provoqués, soit par le système nerveux, soit par l'irritation de la muqueuse intestinale.

Nous ne parlerons pas de l'irritation de la muqueuse intestinale qui ne semble pas jouer, au moins au début un rôle dans la production de la diarrhée basedowienne.

Le tractus digestif est sous dépendance du système nerveux végétatif, qui est composé du système sympathique et parasympathique (vague et autres).

Le vague assure l'innervation véritable, l'innervation excito-motrice : 1° du tube digestif (depuis l'œsophage jusqu'à l'origine du gros intestin qui est innervé par plexus colorectal ; 2° innervation excito-sécrétoire des glandes annexes au tube digestif ; 3° celle des glandes comprises dans ce tube ; 4° innervation d'arrêt exercée sur la contraction cardiaque.

Le système sympathique assure l'innervation des sphincters lisses du tube digestif et de plus une action sur muscles lisses des vaisseaux intestinaux et phénomènes d'inhibition de la contracture des tuniques musculaires du tube digestif. Nous ne parlerons pas des autres actions du sympathique qui ne nous intéressent pas directement.

III. Nous avons vu d'une part, que dans la maladie de Basedow, il y a, d'après Biedl, un hyperfonctionnement thyroïdien et que son hormone iodothyrique est stimulante du système végétatif. D'autre part, la sécrétion et le péristaltisme de l'intestin sont sous la dépendance du système végétatif. Il en résulte, que si dans un cas cette action d'iodothyrique se porte principalement sur le système parasympathique, on aura comme résultat l'hypersecretion et augmentation du péristaltisme intestinal.

Ainsi se trouve réalisée la diarrhée.

D'ailleurs Marbe a montré expérimentalement chez les animaux, que sous l'influence de l'opothérapie thyroïdienne, la sécrétion intestinale peut être doublée.

Il découle de ce qui précède, que la positivité du réflexe oculo-cardiaque doit s'observer chez les malades atteints de diarrhée basedowienne.

Nous avons pratiqué cette épreuve chez deux malades. La première (observation II), au moment de l'examen traversait alors une phase de diarrhée profuse ; chez l'autre, les phénomènes diarrhéiques avaient disparu depuis quelque temps. L'épreuve fut

positive chez la première (diminution de 12 pulsations par minute), négative chez la seconde.

Nous nous rangeons donc à l'avis de M. Epinger et von Noorden, savoir : que l'hyperexcitation du vague semble devoir être la cause déterminante de la diarrhée basedowienne type (paroxystique et de sécrétion à type acide).

À côté de cette théorie de l'hypervagotonie, il en existe d'autres qui nous paraissent moins dignes de retenir l'attention.

C'est d'abord la *théorie de Mæbius* qui incrimine l'excitation du sympathique abdominal par des produits toxiques d'origine thyroïdienne.

Puis celle de *Schmidt*, qui met l'insuffisance de digestion des graisses, que l'on constate dans certains cas de la diarrhée basedowienne comme seul signe coprologique (deux observations de Falta citées au cours de notre thèse) sur le compte de l'altération pancréatique.

Balnit et Molnar parlent d'une augmentation de sécrétion pancréatique comme cause de la diarrhée basedowienne.

Pour *Wolpe* ce serait des troubles de l'hyperchlorhydrie gastrique qui la provoqueraient. Cependant divers auteurs ne confirment pas cette hyperchlorhydrie dans la maladie de Basedow.

Hernando enfin voit à l'origine une hypervagotonie qui serait la cause d'une hyperchlorhydrie, laquelle déclancherait à son tour une hypersécrétion pancréatique et troubles intestinaux.

CHAPITRE IV

Il nous a été donné, grâce à l'aide de notre maître M. Garnier, d'observer chez une malade la coexistence de troubles intestinaux d'origine thyroïdienne et la rectocôlite chronique. La rareté des faits de ce genre, nous a paru les rendre dignes d'être l'objet d'un chapitre spécial.

Nous résumerons tout d'abord ici l'histoire de cette malade.

En 1918, apparition d'un goitre avec quelques signes de basedowisme. La malade a eu en 1920 à Bruxelles une dysenterie, qui s'est manifestée par 40 selles sanguinolentes quotidiennes.

A la sortie de l'hôpital elle a conservé une diarrhée qui variait entre 5 et 7 selles par jour, dépourvues de sang. Au bout de six mois nouvelle poussée de diarrhée (10 selles par jour) avec sang. Très amaigrie et fatiguée elle rentre à l'hôpital. Là, pendant son séjour elle a fait plusieurs fois des poussées de rectocôlite grave caractérisées par un grand nombre de selles (30) liquides, teintées de sang et contenant quelques débris de muqueuse intestinale. L'examen rectoscopique fait par M. le Dr Girault montrait d'ailleurs des lésions ulcéreuses de la muqueuse rectale. L'examen microscopique d'un fragment de cet exsudat pathologique n'a décelé

qu'une leucocytose sans amibes ni bacilles spécifiques.

Puis d'autres fois elle avait 5-7 selles par jour plus ou moins formées, non sanglantes, mais contenant des aliments mal digérés. Coprologiquement on constate dans les matières : fibres musculaires non attaquées en grand nombre, globules de graisse en grande quantité, augmentation de la quantité d'eau dans les matières fécales et raccourcissement de la traversée digestive.

En un mot nous nous trouvions en face d'une malade qui présentait alternativement des selles de diarrhée basedowienne (lienterie) et des signes de rectocôlite chronique.

A côté de ces faits nous citerons encore, les observations de 2 malades basedowiens qui présentèrent une diarrhée sanguinolente.

Dans la première que notre maître M. Garnier a eu l'obligeance de nous communiquer, il s'agissait d'une femme âgée de 36 ans qui présentait un léger syndrome basedowien caractérisé par une exophtalmie peu marquée, tachycardie et tremblement. Elle avait de plus une diarrhée se manifestant par plusieurs selles quotidiennes liquides, constituées par des glaires sanguinolentes. Véritable râclure de boyaux dysentériques. Cette diarrhée fut rebelle au traitement anti-diarrhéique.

Nous devons la seconde (observation VI) à l'amabilité de M. Comte, médecin à l'hôpital Saint-Antoine. Là encore on se trouvait en présence d'une base-

dowienne, chez qui la diarrhée apparue en même temps que les signes cardinaux de basedowisme devint sanguinolente un an après.

Aucun des traitements médicamenteux n'avait modifié cette diarrhée. Elle disparut alors que l'hypertrophie thyroïdienne régressa à la suite du traitement radiothérapique.

CHAPITRE V

Diagnostic

Faire le diagnostic d'une diarrhée basedowienne quand elle est le symptôme satellite du syndrome basedowien, ne nous paraît pas être si difficile, étant donné qu'on se trouve en présence de signes cardinaux : goitre, exophtalmie, tachycardie, tremblement. Peut-être pourrait-on s'aider des caractères de la diarrhée basedowienne, que nous avons exposés dans le chapitre précédent, c'est-à-dire : diarrhée sans cause, paroxystique, matinale, sans coliques, pour écarter les autres diarrhées possibles.

Dans un certain nombre de cas, très restreints d'ailleurs, on voit une diarrhée sanglante coexister avec un syndrome basedowien.

Malgré ce caractère particulier, il faut néanmoins penser à une participation du basedowisme dans cette diarrhée et tâcher d'en faire la preuve en éli-

minant les autres causes susceptibles de provoquer un tel trouble : au premier chef, l'amibiase et la dysenterie bacillaire.

D'autre part la rectoscopie pratiquée en présence de selles sanglantes peut montrer des lésions de rectocôlite chronique non spécifique. Il devient alors difficile d'apprécier la part de ces troubles intestinaux imputable au basedowisme et celle qui revient à la rectocôlite.

Lorsque, avec un goitre, la diarrhée coexiste seule, il devient délicat de poser le diagnostic de maladie de Basedow sur ces deux signes, autrement dit de faire de cette diarrhée une diarrhée basedowienne. Dans ce cas, il faut tout d'abord examiner soigneusement toutes les causes possibles d'une diarrhée chez un malade apyrétique. Rechercher la possibilité d'une intoxication alimentaire, médicamenteuse, une auto-intoxication, une lésion intestinale parasitaire, infectieuse ou spécifique. Faire une analyse coprologique de selles et l'examen rectoscopique. Instituer un traitement avec hygiène contre la diarrhée. Ne trouvant pas une explication rationnelle de cette diarrhée non modifiée par le traitement on est autorisé à soupçonner la diarrhée par troubles endocriniens.

D'une manière générale les caractères de la diarrhée basedowienne ne peuvent pas suffire à poser le diagnostic exact. Nous avons trop insisté sur ces caractères pour y revenir. Le goitre, quand il existe, peut nous mettre en voie de diagnostic,

Nous voulons parler en ce moment des réactions qu'on se propose de faire sur les malades pour diagnostiquer des cas de diarrhée où celle-ci se montre comme symptôme précoce d'une maladie de Basedow fruste.

1° D'abord nous avons le signe de Kocher. D'après cet auteur, dans le cas d'intoxication thyroïdienne on trouve au cours de l'examen du sang une leucopénie avec lymphocytose. Cette formule anormale du sang se trouve aussi dans les cas frustes de la maladie de Basedow. Dans l'observation IV, nous avons un cas de Curschmann chez lequel on constate 37 o/o des lymphocytes, 2 o/o d'éosinophiles, 60 o/o de polynucléaires. Par conséquent une leucocytose peu marquée.

Nous avons recherché chez une de nos malades ce signe et nous avons constaté que le nombre de globules rouges et globules blancs était normal.

De nombreux auteurs contestent la valeur diagnostique de ce signe, puisque Carpi a trouvé dans le goitre simple et Hoeslin dans les états asthéniques la même formule leucocytaire. Cléret aussi a trouvé souvent dans la maladie de Basedow une formule leucocytaire normale.

2° *Epreuve de Læwe.* — Mydriase adrénalinique. une instillation de II gouttes d'adrénaline au 1/1000 dans le cul-de-sac conjonctival provoque une mydriase très marquée au bout d'une demi-heure dans le cas d'hyperthyroïdie. Cette mydriase dure trois-quatre heures et même douze, dix-huit heures dans

certains cas (cas de Curschmann observation IV où ce signe fut positif, cas de Grote où ce signe fut négatif).

D'ailleurs nous voyons que ce signe est observé par Hernando dans l'altération pancréatique.

3° *Epreuve hypophysaire ou test hypophysaire de Claude et Porak.* — D'après Claude l'injection de 5-15 centigrammes d'extrait hypophysaire chez un malade atteint de Basedowdisme détermine une diminution de 8 à 24 pulsations par minute, tandis que chez les sujets normaux elle reste sans action. Il a fait plusieurs expériences sur des sujets en hyper et hypothyroïdie avec des résultats satisfaisants.

« Il semble donc que la présence dans l'organisme des produits thyroïdiens déversés par l'activité glandulaire exagérée ou introduite artificiellement, favorise les réactions aux substances contenues dans les extraits hypophysaires comme l'adrénaline et provoque les phénomènes assez spéciaux, assez constants pour qu'on leur reconnaisse une valeur pour dépister certaines insuffisances ou hyperactivité glandulaire » (Claude).

Nous avons recherché sur deux malades dans le service de notre maître M. le professeur agrégé Garnier cette épreuve.

Dans le cas d'une malade (observation II) nous avons constaté au bout de dix-sept minutes une diminution de 8 pulsations par minute. Après quarante-cinq minutes le pouls est redevenu tel qu'il était avant l'épreuve. Sur une autre malade (observation I) l'épreuve a été plus régulière. Au bout de dix mi-

notes le pouls a commencé à se ralentir. Au bout de quinze minutes on constate une diminution de 8 pulsations par minute. Par conséquent nous avons eu dans ces deux cas l'épreuve positive avec 5 centigrammes d'extrait hypophysaire.

4° Epreuve de Goetch : si l'on injecte $1/2$ à 1 milligramme d'adrénaline au $1/1000$ sous la peau, on provoque la tachycardie, l'élévation de la tension systolique, les troubles nerveux et une glycosurie après l'ingestion de 150 grammes de glucose.

Nous avons recherché ce signe sur nos malades et à ce propos nous avons constaté comme M. Garnier, que cette épreuve n'est pas toujours positive chez les basedowiens, qu'elle peut par contre exister chez les malades atteints d'autres affections.

M. le professeur Achard l'a fait sur cinq malades atteints de la maladie de Basedow obtenant quatre réactions positives et une négative.

5° *Réflexes oculo-cardiaques.* — Nous avons recherché sur deux malades le réflexe oculo-cardiaque. Chez l'une, présentant un syndrome basedowien très prononcé et une forte diarrhée nous avons obtenu un ralentissement de douze pulsations par minute. Chez la deuxième l'épreuve, ne montra aucune modification des pulsations.

6° *Métabolisme basal.* — D'après les auteurs américains le métabolisme basal — c'est-à-dire l'activité minima des fonctions végétatives en l'absence de toute activité des fonctions de relation — est aug-

menté dans la suractivité thyroïdienne, dans certaines maladies fébriles, dans le diabète grave, dans les états de suractivité ovarienne ou hypophysaire et dans les leucémies lymphatiques. A l'état normal il peut varier dans une proportion de 10 p. 100 mais à l'état pathologique il augmente davantage.

7° Enfin tout récemment, Grote a proposé comme signe de diagnostic des états d'hyperthyroïdie l'épreuve à phloridzine.

Si chez un sujet normal on injecte 1 centigramme de phloridzine, une demi-heure après le repas, on trouve dans l'urine recueillie pendant six heures consécutives du sucre, dont la quantité ne dépasse pas 6 grammes. Chez les basedowiens la quantité du sucre est augmentée. Dans un cas l'auteur a trouvé 23 gr. 7.

Pour résumer notre exposé sur le diagnostic différentiel de la diarrhée révélant, comme symptôme *précoce*, une maladie de Basedow fruste, nous reproduisons un passage du professeur Achard sur le diagnostic des états hyperthyroïdiens sans signes cardiaques : « L'examen du sang ne permettait pas d'en tirer un élément de diagnostic et quant aux épreuves spéciales ayant pour but de mettre en lumière la tolérance au glucose, la réaction à l'adrénaline ou à l'extrait hypophysaire, les renseignements qu'elles fournissent ne sont peut-être pas négligeables, mais leur résultat négatif n'apporterait aucune preuve légitime de l'absence d'une maladie de Basedow. Vous avez vu d'ailleurs qu'il n'y a aucun rapport

entre l'intensité des symptômes basedowiens et ces réactions. »

En somme, on ne saurait en se basant sur une seule des réactions précitées en l'absence de signes cardinaux du goitre exophtalmique, affirmer l'origine basedowienne d'une diarrhée chronique, même après avoir scrupuleusement écarté les différentes autres causes de diarrhée (intoxications alimentaires, médicamenteuses, auto-intoxications, lésions intestinales parasitaires, infectieuses ou spécifiques).

La possibilité simultanée de deux d'entre elles nous semble cependant digne de retenir l'attention. Nous serions tenté de préconiser l'épreuve de l'extrait hypophysaire et celle de Goetch, dont la technique est simple comparativement à celle du métabolisme basal, interdite au praticien par sa complexité.

CHAPITRE VI

Traitement

Le traitement de la diarrhée basedowienne doit viser deux buts.

1. Traitement général (étiologique) dirigé contre le goitre.
2. Traitement palliatif combattant le symptôme diarrhée.

1° Nous ne parlerons pas du traitement par le salicylate de Na, opothérapie, chimiothérapie, extrait thyroïdien (ayant donné dans certains cas des

résultats positifs à Léopold Levi), pour insister plus particulièrement sur les autres traitements.

Neus avons essayé avec bon résultat chez notre malade (obs. II) le traitement de la diarrhée par l'extrait hypophysaire. Le traitement a amélioré nettement la diarrhée ainsi que l'état général.

Les rayons X ont été appliqués sur la région thyroïdienne de deux de nos malades. L'état général s'est amélioré, le goitre a diminué de volume, mais les signes cardinaux de la maladie de Basedow n'ont pas rétrocedé en proportion.

Chez une malade (obs. I), la cessation de la diarrhée qui a duré quatre mois correspond à la diminution du goitre sous l'influence des rayons X. Falta a appliqué les rayons X sur le goitre de ceux de ses malades qui présentaient les signes de la maladie de Basedow et une diarrhée légère. Il a eu dans plusieurs cas des résultats satisfaisants. L'Observation VI plaide dans le même sens.

Enfin dans les cas excessivement rebelles au traitement, on est autorisé à faire la thyroïdectomie partielle (obs. IV).

Nous avons trouvé dans la statistique opératoire de Meyer, 4 cas de diarrhée, au cours de la maladie de Basedow confirmée. Ces diarrhées ont cessé d'une façon définitive après la thyroïdectomie partielle, tandis que les autres signes basedowiens n'ont rétrocedé qu'une façon incomplète.

Nous sommes portés à croire, que la diarrhée et les symptômes subjectifs sont plus influencés par le

traitement des rayons X que les autres symptômes.

2° Traitement du symptôme diarrhée

a) *Hygiène et régime.* — 1° Repos; 2° l'alimentation sera réglée suivant l'état général du malade. On doit se tenir plutôt à l'alimentation hydrocarbonée, éviter les aliments épicés et excitants.

S'il y a une désassimilation exagérée avec amaigrissement marqué, on doit alimenter suffisamment le malade.

En cas d'intolérance, régime lacté ou même diète absolue, mais qui ne réussit pas toujours (cas de Curschman, obs. IV).

2° *Médicaments.* — Il faut préciser tout au début, que les médicaments antidiarrhéiques ordinaires (bismuth, tanin, sels de Ca) sont sans action sur une diarrhée basedowienne.

Nous avons essayé sans succès la médication par chlorure de Ca (injection intraveineuse de 1 centimètre cube à 1 cmc. 1/2 de la solution de chlorure de Ca).

D'après *Epinget et von Noorden*, on doit combattre la diarrhée basedowienne par l'adrénaline. Chaque jour on donnera au malade un lavement de 150-200 centimètres cubes du sérum physiologique avec XV à XX gouttes de la solution d'adrénaline au 1/1.000.

En cas d'insuccès on peut recourir à :

Atropine : 1/2 à 1 milligramme en injection sous-cutanée.

Belladone : teinture, XV gouttes par jour.

Préparations opiacées (extraits thébaïques ou autres).

D'après Moutier on doit donner X gouttes de la solution de salicylate d'ésérine au 1/1.000 avant les deux principaux repas.

CHAPITRE VII

Observations

OBSERVATION I (personnelle)

Malade âgée de 44 ans. Employée de bureau. Entre à l'hôpital pour fatigue.

Antécédents personnels. — Toujours très nerveuse. Jusqu'à l'âge de 4 ans a eu des convulsions dont elle ne peut pas préciser les caractères. Rougeole, varicelle.

En 1919 (janvier) apparition d'un goitre exophtalmique à la suite d'une grippe, mais déjà en 1917 le médecin avait remarqué une légère exophtalmie.

Quelques mois plus tard (en été 1919) a présenté une diarrhée qui est survenue brusquement avec des caractères suivants : six à sept selles liquides par jour, sans coliques avec une forte odeur désagréable.

Cette diarrhée a duré quelque temps, puis a disparu sans traitement. En 1920 et 1921, la malade n'a pas eu de diarrhée. Traitée par rayons X en septembre 1921.

La diarrhée a réapparu au mois de juillet 1922, se manifestant par neuf à dix selles par jour, mais qui n'a duré que quinze jours. Après cette époque la malade a présenté une diarrhée moins forte, deux à trois selles par jour et qui dure encore en ce moment.

Examen.— Troubles subjectifs : sensation de chaleur, tremblement et tachycardie. En août, elle a eu deux chutes sans perte de connaissance avec sensation de déroboement des jambes.

Amaigrissement de 7 kilos depuis juin 1922.

Malade assez agitée restant difficilement en place.

Augmentation du lobe droit de la glande thyroïde ; thrill exophthalmique marqué ; paupière suffisante ; tremblement marqué des extrémités. Signe de Boston positif ; tremblement des paupières à la fermeture.

Cœur. — Souffle systolique à la base.

10 octobre, pouls à 100. T. A. : 14 — 6 au V. L.

17 octobre, pouls à 120.

Réflexe oculo-cardiaque.

Avant l'épreuve, 100.

Au moment de la compression, 100.

Poumon : submatité en avant.

Appareil digestif. — La malade présente en ce moment deux selles par jour. Les selles sont quelquefois comme de la purée, de couleur jaune verdâtre, très fétides. Mais d'autres fois les selles sont plus formées et moins fétides, de couleur jaune grisâtre. Pas de coliques. Les selles surviennent le matin au réveil.

Examen. — Traversée digestive faite le 18 octobre.

Repas de baryte pris à minuit. A 11 heures du matin il était dans le côlon transverse et l'angle côlique gauche.

Le 29 octobre, à 15 heures, la malade a pris 1 gramme de poudre de charbon.

Le 30 octobre, à 7 heures du matin selle sans charbon.

Le 30 octobre, à 9 heures du matin, selle légèrement noircie par le charbon.

Donc les deux épreuves ont donné la traversée digestive normale.

La quantité des matières sèches dans les selles a diminué.

Nous avons trouvé par la méthode des pesées, 14 o/o de matières sèches.

Pas de traces de bilirubine non transformée dans les selles (Réaction de Grigaut et au sublimé).

A l'examen microscopique on trouve :

1° Quelques fibres musculaires non attaqués ;

2° Amidon en petite quantité ;

3° Graisse ;

4° Peu d'iodophile.

Réflexe oculo-cardiaque fait à la fin d'octobre.

Avant compression, pouls à 100.

Au moment de compression, pouls à 100.

Epreuve hypophysaire faite le 24 novembre.

A 4 h. 20, pouls à 116 plusieurs fois vérifié.

A 4 h. 20, injection de 1 centimètre cube (5 ctgr. d'extrait hypophysaire).

La malade a été très agitée pendant l'injection.

A 4 h. 25, pouls à 116.

A 4 h. 30, pouls à 110.

A 4 h. 35, pouls à 108.

A 4 h. 40, pouls à 108.

A 4 h. 45, pouls à 108.

A 4 h. 50, pouls à 110.

A 5 heures, pouls à 112.

A 5 h. 20, pouls à 112.

Traitement. — Les Rayons X ont été appliqués plusieurs fois.

Actuellement. — Amélioration des troubles subjectifs, le goitre a diminué de volume, la diarrhée a cessé définitivement. Le signes cardinaux de basedowisme sont en voie de régression.

OBSERVATION II (Personnelle)

Malade âgée de 33 ans. Entre pour diarrhée au mois de mai. Serait malade depuis quatre ans, date à laquelle aurait apparu un goitre, le caractère de la malade aurait changé et ses règles diminué comme durée et quantité. A eu un enfant qui est bien portant. Puis une fausse couche. Il y a deux ans étant à Bruxelles, la malade a eu une crise de diarrhée profuse allant jusqu'à 40 selles par jour avec sang dans les matières fécales ; on aurait diagnostiqué alors la dysenterie et on aurait injecté un sérum antidysentérique. Elle avait en ce moment déjà un goitre, exophtalmie, tachycardie et tremblement. Cette diarrhée profuse a duré avec des variations d'amélioration presque huit mois. Puis la malade est sortie de l'hôpital, la diarrhée ayant cessé sans qu'on puisse

savoir pourquoi. Mais depuis elle a conservé une tendance à la diarrhée et elle avait 6 et 7 selles par jour. A suivi toujours un régime. Elle va actuellement jusqu'à trente fois à la selle par jour, mais elle n'a eu du sang que ce matin. Elle souffre un peu du ventre et se plaint de palpitations. Elle a parfois des nausées, mais jamais de vomissements.

Etat actuel. — On se trouve en présence d'une femme névropathique à l'excès, qui parle beaucoup, pleure à propos de tout et paraît toute tremblante.

On remarque tout de suite l'exophtalmie nette, l'œil brillant et humide, mais l'occlusion des paupières est possible. Pas de Mœbius, Stellwag et Graefe, pas de nystagmus net. Pas d'irrégularité pupillaire. Réflexes pupillaires normaux. Paupières un peu pigmentées (Signe de Jellenik). Le tremblement s'étend aussi bien aux paupières qu'aux lèvres, à la langue, qui apparaît humide et rose. La malade a des palpitations fréquentes.

Au cou, on note la présence d'un goitre qui bombe dans la région sus-sternale et soulève un peu le sterno-cléido-mastoïdien droit. C'est un goitre de forme assez régulière mobile avec le larynx, de consistance rénitente. Il est asymétrique, ne présente aucune gêne dans la vascularisation. Un frottement léger à son niveau provoque une réaction vaso-motrice nette. Pas d'hyperesthésie spéciale à ce niveau (Signe de Lian négatif). Les jugulaires sont animées de battements. La paume présente une humidité constante.

La main présente un tremblement net. Le pouls est rapide à 112. Cœur : éréthique. T. A. = 17-10.

Poumon = 0. Rate : percutable.

Albumine = 0. Sucre = 0.

Appareil digestif. — Appétit conservé, ventre flasque et chiffonné, aucune douleur nette. Pas de coliques. Diarrhée sanguinolente très liquide avec débris de la muqueuse intestinale. Cuisson au niveau de l'anus au moment de l'expulsion des selles.

Traitée au début par l'extrait hypophysaire qui a amélioré la diarrhée, injection répétée de 1 centimètre cube soit 5 centigrammes d'extrait. Plusieurs applications de rayons X sur le goitre, qui ont amélioré l'état de la malade, diminué le goitre et amélioré les signes du basedowisme.

Le 1^{er} juillet, épreuve hypophysaire.

Avant l'épreuve pouls à 28×4 . Injection de 1 centimètre cube d'extrait de lobe postérieur hypophysaire.

Au bout de 11 minutes pouls à 27×4 .

— 17 — à 26×4 .

— 45 — à 30×4 .

Le 10 juillet, pouls à 27×4 ; arythmie; pas de stase pulmonaire. Œdème au membre inférieur; subictère, hémorragie sous-conjonctivale.

L'urine contient des pigments biliaires. Glucose ++.

26 septembre. — Epreuve oculo cardiaque :

Avant l'épreuve 26×4

Au moment 23×4

13 octobre. — Etude de la traversée digestive.

13 octobre. — A 14 heures, ingestion d'un repas de baryte.

14 octobre. — A 4 heures du matin, ingestion d'un second repas de baryte.

15 octobre. — A 11 heures du matin le premier repas de baryte se trouve dans l'ampoule rectale, le deuxième repas dans cæcum et colon ascendant. Donc la traversée digestive est normale.

18 octobre. — A midi la malade a absorbé 1 gramme de poudre de charbon. Trois heures après les matières fécales sont devenues légèrement noires. Jusqu'à 10 heures du soir trois, quatre selles noires puis les selles sont redevenues jaunes. Donc la traversée digestive est raccourcie.

L'examen des selles nous a montré : une insuffisance digestive marquée pour les graisses, moins marquée pour H de C. Fibres musculaires non attaquées en grande quantité. L'aspect des selles est caractéristique : de couleur jaune, odeur forte contenant beaucoup de déchets alimentaires. Quantité d'eau augmentée.

19 octobre. — La traversée digestive avec le repas de baryte aux rayons X s'est montrée normale.

20 octobre. — A midi la malade a pris deux cachets de poudre de charbon à 0 gr. 50. Entre 6-8 heures du soir les selles sont redevenues noires. C'est-à-dire la traversée digestive raccourcie (6 heures).

22 octobre. — L'épreuve de la traversée digestive par car-

min a montré une traversée digestive raccourcie de durée totale huit heures.

Examen rectoscopique. — Examen incomplet à cause de l'indocilité de la maladie. Canal anal excessivement rouge. Dans l'ampoule rectale ulcération de la grosseur d'une lentille, mucine en activité.

Examen microscopique. — Rien de particulier sauf leucocytose.

Examen du sang : globules rouges 4.3000.000 ; globules blancs 6.000.

Antécédents héréditaires. — Très nerveuse, fièvre typhoïde, deux ans après le goitre est apparu.

En somme, la malade présente deux sortes de selles : d'une part selles liquides, sanguinolentes avec débris de la muqueuse ; d'autre part des selles plus ou moins formées avec déchets alimentaires notables, lienterie.

OBSERVATION III

(Malade du service du Dr Babinski.)

Femme de 39 ans. Début il y a deux ans par la faiblesse, qui l'obligeait à s'aliter et à la suite de laquelle elle aperçut sur son cou une grosseur. Peu de temps après, presque simultanément sont apparues : exophtalmie et diarrhée. Cette diarrhée s'est manifestée par huit-dix selles liquides par jour, qui ont affaibli beaucoup la malade.

L'apparition de la diarrhée était brusque, sans cause.

Au bout de dix jours la fréquence des selles diminua, mais la malade conserva longtemps après (plusieurs mois), deux-trois selles par jour plus ou moins formées d'apparence habituelle.

Actuellement une selle par jour. Les signes cardinaux de basedowisme,

OBSERVATION V (de Curschmann)

Le 21 juin vient dans mon service une infirmière âgée de 43 ans, pour des douleurs dans l'abdomen et diarrhée, qui ont augmenté depuis huit jours. Elle était sujette à la diar-

rhée depuis longtemps, qui survenait surtout le matin au réveil.

Comme en même temps, parmi le personnel dans l'hôpital et dans la ville, il y avait plusieurs cas d'entérite à cause de la mauvaise nourriture, je n'avais fait aucune attention à ce cas là, surtout que la malade n'avait pas de fièvre, était en bonne santé et ne présentait aucune modification dans les autres appareils. J'ai donné à la malade de l'huile de ricin pour la purger puis de l'opium et du bismuth. J'ai été étonné que deux ou trois jours plus tard aucune amélioration n'était survenue, puisque la malade avait quatre et six selles par jour. Surtout le matin après tiraillement et douleurs dans la région du côlon transverse, la malade évacue des selles très liquides et abondantes, avec une forte odeur désagréable. On a été obligé de la laisser à la diète hydrique (thé) puisque tout essai d'alimentation provoquait des douleurs et de la diarrhée. En additionnant aux préparations opiacées tannalbines on a obtenu une amélioration momentanée.

Au bout de huit jours, malgré la diète et la médication antidiarrhéique, pas d'amélioration et même l'appétit commença à diminuer. La malade ne pouvait plus supporter la diète et sa santé commença à décliner rapidement. Seulement, elle me parla de son goitre, qui existait depuis plusieurs années et me demanda s'il y avait une relation entre le goitre et la diarrhée. J'ai appris de plus que dans sa famille il n'existait pas de goitre, ni de diabète, ni de maladie nerveuse.

La malade avait seize ans, quand elle remarqua au moment des règles un goitre assez volumineux. Elle n'était pas nerveuse, n'avait aucun signe de maladie de Basedow. Le goitre a diminué après frictions de la région thyroïdienne sans disparaître tout à fait. Le lobe droit est resté augmenté.

Il y a quatre mois, la diarrhée a commencé. Elle se manifesta surtout le matin au réveil, puis se répéta plusieurs fois et était accompagnée de douleurs. Elle avait quatre et six selles le matin.

L'appétit était conservé et la malade avait bonne mine malgré l'amaigrissement. Aucun régime n'influa sur la diarrhée. Dans les derniers temps elle avait des douleurs après avoir mangé, qui étaient suivies d'évacuation des selles.

Pas de tachycardie, tremblement, exophtalmie, sueurs, chute des cheveux. La malade n'était pas nerveuse. Son cou a augmenté dans les derniers temps.

Examen. — La malade est bien constituée, couleur fraîche, pas d'anémie, ni fièvre; la langue est humide et un peu chargée.

La glande thyroïde présente une augmentation notable de son lobe droit avec petites pulsations mais sans thrill. Cœur = 0. Le pouls à 84-88, régulier, rarement dépasse 90 pulsations; la malade étant au lit.

Poumon = 0. *Abdomen* souple non météorisé.

La région du côlon transverse spontanément et à la pression est douloureuse. Pas de tumeur, ni défense musculaire de la paroi, ni ondes péristaltiques, pas de gargouillements.

Foie et rate = 0. *Urine* = 0.

Les selles sont variables. Parfois énormes et parfois peu abondantes. La plupart des selles sont typiques, c'est-à-dire fluides, brunâtres, sans sang ni mucus, ni tissus; rien de commun avec les selles grasses.

Signes nerveux: aucun signe de maladie de Basedow ni vasomoteur ni trophique.

Mais comme la santé de la malade à cause de la diarrhée déclinait et demandait un diagnostic rapide, nous avons essayé la mydriase adrénalinique et la numération globulaire pour trancher la question.

Quelques gouttes d'adrénaline 1/1000 dans l'œil gauche, une demi-heure après, provoquaient une mydriase marquée qui a duré trois à quatre heures.

Examen du sang :

Leucocytes.....	5.000
Polynucléaires.....	60 0/0
Lymphocytes.....	37 0/0
Eosinophiles.....	22 0/0
Forme de transition.....	1 0/0

C'est-à-dire formule un peu anormale vu l'état et l'âge de la malade.

Comme la thérapeutique jusqu'ici essayée n'a donné aucun résultat et comme la malade ne tenait plus debout l'opération lui fut proposée.

Le 5 juin, avec anesthésie locale, la thyroïdectomie partielle fut pratiquée.

Les selles étaient modifiées immédiatement. Elle n'en avait plus qu'une ou deux au maximum trois par jour au lieu de six et dix avant l'opération. Les selles étaient toujours un peu liquides. Quatorze jours après les selles commencèrent à se former.

Mais malgré la guérison la malade présentait quelques jours des signes de Basedowisme ; tachycardie depuis (90-104) et léger tremblement. Puis tout rentra dans l'ordre et la malade récupéra toute sa santé et sa force.

OBSERVATION V (Kolbe)

Un commerçant âgé de 45 ans entra dans notre service pour une dyspnée légère. Jamais n'a été malade. A l'âge de 18 ans goitre qui a diminué puis disparu par des frictions. Depuis six ans le goitre a augmenté de volume et c'est seulement depuis un an qu'il a une dyspnée quelquefois très gênante. Bronchite chronique. Palpitations. Céphalée depuis trois ans. Dysphagie légère. Pas de vomissements. Dans l'interrogatoire il a avoué, que depuis quinze ans il a une diarrhée (3-4 selles quotidiennes plus ou moins formées) qui n'a pas été modifiée par la médication antidiarrhéique. Il a pris tellement l'habitude de sa diarrhée, qu'il a oublié de la signaler au début. N'a pas maigri.

Etat général bon.

Cœur : souffle systolique à la pointe ; 2^e bruit claqué, poulx à 72.

Poumon : râles bronchiques.

Cou très gros. Goitre volumineux (sans thrill) qui se prolonge jusqu'aux deux clavicules il semble plonger dans le thorax. Lobe droit plus augmenté. Trachée repoussée vers la gauche. Le goitre a la consistance molle.

Rien dans l'abdomen. Urine normale.

Système nerveux. les pupilles réagissent à la lumière.

Pas de mœbius, stellwag et græfe.

Léger tremblement des mains.

26 juin. — Thyroïdectomie partielle. Sous-anesthésie locale.

Au début du septembre le malade m'écrit.

La diarrhée qui, depuis quinze ans existait a disparu après l'opération et ses selles sont tout à fait normales.

OBSERVATION VI

(Due à l'obligeance de M. le Dr Comte et son interne M. Lebon.)

Mme X..., âgée de 32 ans.

Antécédents héréditaires. — Mère et grand'mère goitreuses.

Début il y a sept ans par des malaises. Quelques jours plus tard apparaît syndrome basedowien : exophtalmie, tachycardie et tremblement. En même temps elle devient sujette à des crises diarrhéiques (caractérisées par 4-6 selles par jour) qui ne duraient que deux-trois jours et se répétaient trois fois par mois. Dans les selles au dire de la malade on voyait des aliments incomplètement digérés. Cette forme de diarrhée persista un an. Une diarrhée avec selles glaireuses et mélangées de sang lui succéda pendant quatre ans malgré les régimes et médicaments qui variaient suivant les médecins consultés.

Il y deux ans seulement, un médecin lui proposa l'irradiation de son goitre par rayons X.

Elle fut traitée par 20 séances de radiothérapie. Dès le début du traitement sa diarrhée ainsi que les autres signes basedowiens s'amendèrent. Au bout d'un an de traitement la diarrhée disparut complètement.

Actuellement. — La malade présente une exophtalmie peu marquée, tachycardie (pouls à 104 variable), tremblement presque imperceptible, quelques bouffées de chaleur. On ne trouve plus trace de diarrhée. La malade n'a quotidiennement qu'une selle d'apparence normale.

OBSERVATION VII (résumée)

Thèse de P. Marie (obs. IV).

Troubles dyspeptiques ; diarrhée avec selles fréquentes par accès, sans coliques.

Deux ans après sont apparus les autres signes de la maladie de Basedow.

OBSERVATION VIII (résumée)

Thèse de P. Marie (obs. VI)

Après un chagrin la malade est devenue sujette à la diarrhée, sans coliques, durant plusieurs heures ou davantage. Beaucoup plus tard signes de la maladie de Basedow.

OBSERVATION IX (de René Gaultier)

Malade soignée pour troubles dyspeptiques ; douleur trois quatre heures après le repas. Diarrhée, coliques brusques dans leur apparition et disparition. Plus tard signes de la maladie de Basedow.

OBSERVATION X (de René Gauthier)

Malade soignée pour troubles dyspeptiques et digestifs. Gardes robes au nombre de 3, 4 par jour, le plus souvent le matin au réveil ; selles liquides, parfois renfermant les aliments incomplètement digérés ou encore de coloration verte comme de la bile.

Au bout d'un certain temps signes de la maladie de Basedow.

OBSERVATION XI (de René Gaultier)

La malade présente de la diarrhée, 15, 16 selles par jour en pleine santé.

Après cette crise, l'intestin est en meilleur état.

Quelques temps après signes de la maladie de Basedow.

OBSERVATION XII (de Falta)

La malade présente une diarrhée ; se manifestant par 2, 3 selles par jour plus ou moins formées.

A l'examen coprologique : pas de fibres musculaires non

attaquées, pas de globules de graisse, la traversée digestive est normale, tremblement, tachycardie, exophtalmie, Græfe.

OBSERVATION XIII (Falta).

Malade atteinte d'un syndrome basedowien, 2, 3 selles par jour, formées, riche en graisse.

OBSERVATION XIV (Falta).

Malade présentant un syndrome basedowien, plusieurs selles par jour d'aspect normal, riche en graisse.

Les rayons X appliqués sur le goitre ont amélioré cette diarrhée.

OBSERVATION XV (Bittorof)

Maladie de Basedow confirmée, 3, 5 selles par jour de couleur gris jaunâtre, sans coliques. A l'examen coprologique on trouve : urobiline ++, graisse neutre ++, fibres musculaires non attaquées ++.

OBSERVATION XVI (Eger)

Diarrhée avec palpitations et vomissements, les premiers signes du syndrome basedowien plus tard confirmés.

CHAPITRE VIII

Conclusions

1° La diarrhée peut être un symptôme précoce de la maladie Basedow.

2° En présence d'une diarrhée apyrétique, sans cause qu'on ne peut pas expliquer cliniquement malgré un examen minutieux, il faut penser à la diarrhée basedowienne et rechercher les autres signes du goitre exophtalmique.

3° Pour affirmer le diagnostic, il est bon d'appuyer l'examen clinique par les résultats de deux épreuves biologiques.

4° Des troubles intestinaux d'origine thyroïdienne peuvent coexister avec une recto-côlite chronique comme dans le cas que nous rapportons.

5° Les caractères principaux de la diarrhée basedowienne sont : l'allure paroxystique, l'évolution sans coliques, la prédominance matinale ; par les recherches appropriées on reconnaît le raccourcissement de la traversée digestive ; le passage dans les selles d'aliments incomplètement digérés, en particulier des graisses et des fibres musculaires, enfin l'augmentation dans la teneur en eau.

C'est une diarrhée de sécrétion à type acide.

6° La diarrhée ainsi caractérisée est loin d'être observée chez tous les basedowiens. Néanmoins il semble qu'on puisse noter chez la plupart des

malades porteurs du syndrome basedowien plusieurs selles (2-4) par jour d'apparence habituelle, mais contenant plus d'eau que normalement et parfois des graisses.

7° Le traitement de la diarrhée basedowienne doit être surtout dirigé contre le goitre, puisqu'elle est sous sa dépendance (obs. IV et V sont surtout suggestives ainsi que la statistique opératoire de Meyer).

8° La thyroïdectomie partielle doit être réservée pour les cas excessivement graves.

Vu : le Président de la thèse,

ROGER

Vu : le Doyen

ROGER

Vu et permis d'imprimer
Le Recteur de l'Académie de Paris,

APPELL

BIBLIOGRAPHIE

1. *Achard*. — Syndrome Basedowien (Progrès médical, 1922, mai-juin).
2. *Balnit et Molnar*. — Deutsche med. Wochenschr., page 2211, 1910.
3. *Biedl*. — Innere Sekretion, 2^e édition, 1913.
4. *Bisson*. — Contribution à l'étude radiologique des diarrhées. Thèse de Paris, 1921.
5. *Bittoroff*. — Fettstühle beim M. Basedow. (Deutsche med. Woch., 1912, page 1034).
6. *Claude*. — Quelques résultats des épreuves glandulaires suivant l'état antérieur des fonctions endocriniennes (Soc. méd., des hôpitaux, page 1116, année 1919).
7. *Curschmann*. — Thyreotoxische Diarrhœen (Archives für Verdauungs. Krank., février 1914).
8. *Debouis*. — Crises entéralgiques au cours d'une maladie de Basedow (Archives des mal. de l'app. digest., 1911).
9. *Eger*. — Cas de la maladie de Basedow commencé par diarrhée et vomissements (D. med. Wochen, 1880, page 153).
10. *Epinger*. — Vagotonie. Berlin, 1910.
11. *Falta*. — Ueber glycosurie et Fettstühle bei M. Basedowii (Zeitschrift für klin med., 1910).
12. *Gaultier (R.)*. — Les troubles gastro-intestinaux de la maladie de Basedow (Archives des mal. de l'app. digest., 1907).
13. *Gley*. — Physiologie, 4^e édition, 1918.
— Les sécrétions internes, 1921.
14. *Godlerdshi*. — Récentes notions d'endocrinologie (Journal med. franc., août 1922).
15. *Goiffon*. — Manuel de coprologie clinique, 1921.
16. *Grote*. — Chronische Kolitiden mit sekundären inkretorischen störungen (Deutsche med. Wochen., 1921).
17. *Haumet et Tokuda*. — Intestin et thyroïde (Am. of. Physiologie, Baltimore, 1921).
18. *Hernando et Hortege*. — Revista de medicina cirugia practicas, 14-21 janvier 1920.
19. *Kolb*. — Sur les manifestations int. de la maladie de Basedow et les difficultés de diagnostic (Münchn. med. Wochen., décembre 1912).

20. *Labé.* — Pathologie médicale, tome V, 1922. Masson et Cie, éditeurs.
21. *Lévy (Léopold).* — Etude sur la physiopathologie du corps thyroïde, 1911.
— Mécanisme d'action du traitement thyroïde sur les troubles intestinaux (Soc. de Biol., 1911 et 1907).
22. *Marie (P.).* — Les formes de la maladie de Basedow. Thèse de Paris, 1883.
23. *Mathieu et Roux (Ch.).* — Pathologie gastro-intestinale, 3^e série, 1911.
24. *Marbé.* — L'influence du corps thyroïde sur la physiologie de l'intestin (Soc. de Biologie, juillet 1911).
25. *Melchior.* — Goitre exopht. en théorie et pratique (Berlin. Klin. Woch., 1921).
26. *Merklen.* — Accidents aigus dans le cours d'un goitre exophtalmique. (France médicale, 1881, page 338).
27. *Meyer.* — Über die Leistungen der chirurg. Behandlung bei der Based. Krankh (Med. Klin., 1912).
28. — Sympathique et glandes endocriniennes in Traité de Sergeant.
29. *Timbal.* — Les diarrhées chroniques. Masson et Cie, éditeurs, 1922.

